

# Пластическая хирургия как специальность: вчера, сегодня, завтра

**А.Е. Белоусов**, доктор медицинских наук, пластический хирург,  
Центр пластической и реконструктивной хирургии

Санкт-Петербург, Россия  
e-mail: belousov@pop3.rcom.ru  
www.belousovae.ru

## 1 ВВЕДЕНИЕ

Официальное признание в нашей стране специальности «**пластическая хирургия**» – начало качественно нового этапа развития этой области медицины. Вот основные вопросы, важные для понимания особенностей текущей реформы.

1. Что такое «пластическая хирургия» и какова зона ее профессиональной ответственности («границы» со смежными дисциплинами)?

2. Что такое «эстетическая хирургия» и насколько она самостоятельна?

3. Кто может быть кандидатом в пластические хирурги?

4. Как должна финансироваться работа пластических хирургов?

5. Кто и чему должен обучать пластических хирургов?

6. Каков прогноз на будущее?

Анализ истории пластической хирургии и текущего состояния дел позволяет ответить на эти вопросы, опираясь на факты.

## 2 ИСТОРИЯ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

### Критерии оценки

Периоды развития пластической хирургии отличаются по ряду критериев, основными из которых являются:

- частота выполнения пластических операций (от единичных вмешательств до массовых);

- спектр объектов воздействия пластических хирургов (от поверхностных тканей до практически лю-

бых как поверхностных, так и глуболежащих анатомических структур);

- наличие арсенала характерных (для пластической хирургии) методов (например, пересадка некроваемых и кровоснабжаемых трансплантатов, тканевых лоскутов на ножке, реплантация отчлененных участков тканей и пр.);

- частота и содержание научных публикаций по вопросам пластической хирургии (статьи в профильных журналах, книги);

- состояние системы обучения пластической хирургии (от ее отсутствия к возникновению единичных центров обучения, а затем к созданию системы образования в масштабах государства и на межгосударственном уровне);

- степень развития профессиональных (хирургических) общественных организаций (от их отсутствия до создания федераций и международных объединений);

- формирование хирургических специальностей и субспециальностей<sup>1</sup>, а также их признание (официальное или неофициальное) на государственном уровне.

### Периоды развития пластической хирургии

Принято выделять 3 основных периода развития пластической хирургии: а) эмпирический (до н.э. – начало XIX века), б) формирования основ (начало XIX – середина XX века) и в) современный (середина XX века – настоящее время) (**таблица 1, рис. 1**) [1, 2]. Эти периоды характеризуют эволюцию первичной – реконструктивной – ветви пластической хирургии, на базе которой возникли многие новые хирургические субспециальности.

Для **эмпирического периода** было характерно выполнение единичных пластических операций единичными пластическими хирургами, объектом

<sup>1</sup> Субспециальность – ветвь хирургической специальности, ее раздел. Любое новое направление в хирургии может оформиться в «субспециальность», которая при определенных условиях может стать специальностью.

**Таблица 1.** Характеристика основных периодов развития пластической хирургии

№ п/п	Критерии оценки	Периоды развития пластической хирургии		
		Эмпирический период	Период формирования основ	Современный период.
1	Частота выполнения пластических операций	Единичные операции	От единичных к массовым операциям	Все более массовое выполнение операций и расширение их спектра
2	Объекты воздействия пластических хирургов	Дефекты поверхностных тканей	Преимущественно дефекты поверхностных тканей	Дефекты и деформации любых (поверхностных и глуболежащих анатомических структур и органов)
3	Наличие характерных хирургических методов	Кожные лоскуты на широком основании	Пластика местными тканями, стебельчатыми лоскутами, дерматомная кожная пластика	Всевозможные варианты пересадки ауто- и аллокомплексов тканей, микрохирургическая и эндоскопическая техники и др.
4	Научные публикации	Нет	От единичных к более массовым публикациям в журналах, единичные книги	Массовые публикации в тематических журналах, многочисленные книги.
5	Система обучения	Нет	Единичные обучающие центры	Государственная и межгосударственная системы обучения
6	Профессиональные общества	Нет	Появление единичных обществ	Массовые региональные, национальные и международные общества
7	Формирование специальностей и субспециальностей	Нет	Формирование субспециальности «пластическая хирургия»	Официальное признание специальности «пластическая хирургия»

воздействия которых были прежде всего дефекты поверхностных тканей. Однако лишь в течение следующего периода (**формирования основ пластической хирургии**) операции стали массовыми, спектр их значительно расширился, появилась система обучения пластической хирургии (преимущественно в виде единичных центров), началось образование первых хирургических научных обществ, в рамках которых объединялись и хирурги, занимающиеся пластикой дефектов тканей (Американское общество пластических и реконструктивных хирургов, ASPRS, 1946 год) [3, 4].

Наибольший интерес представляет **современный период** развития пластической хирургии, в течение которого ее возможности качественно расширились. Это было связано с двумя важнейшими обстоятельствами: а) возникновением и развитием микрохирургической техники, благодаря чему стало возможным эффективное сшивание сосудов и нервов малого калибра, нашедшее применение практически во всех областях хирургии; б) изучением **микрохирургической анатомии** органов и тканей, что позволило выделять комплексы тканей самого разного состава и размеров и пересаживать их в разнообразных вариантах [1].

Параллельно с радикальным увеличением возможностей пластической хирургии спектр объектов воздействия пластических хирургов лавинообразно расширился (от преимущественно поверхностных тканей до любых глуболежащих анатомических структур, органов и сегментов конечностей). На этой волне

возникли новые хирургические субспециальности (хирургия периферических нервов, хирургия кисти, реплантационная микрохирургия и пр.). Совершенно очевидно, что современная пластическая хирургия (как специальность) состоит из многих разделов (субспециальностей), которые одновременно относятся и к другим хирургическим специальностям. В России типичным проявлением этого дуализма стало создание в конце прошлого века центров реплантационной и реконструктивной микрохирургии на базе НИИ травматологии и ортопедии. В любой стране развитие пластической хирургии как специальности имеет национальные особенности. Она наиболее структурирована в США и странах Западной Европы. В России этот процесс еще только начинается.

Таким образом, **пластическая хирургия сегодня – это интегральная хирургическая специальность, объединяющая ряд субспециальностей, которые одновременно могут быть разделами других специальностей. Одна из ее основ – реконструктивная ветвь, суть которой – решение наиболее сложных задач по устранению дефектов поверхностных и глуболежащих анатомических структур организма.** Отсюда вытекает и тот факт, что провести четкие границы между пластической хирургией и другими специальностями практически невозможно. То есть этими разделами хирургии занимаются и будут заниматься как пластические хирурги, так и представители других хирургических специальностей.



**Рис. 1.** Периоды развития двух ветвей пластической хирургии: МХТ – микрохирургическая техника

## 3 ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ВЕТЬ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

### История развития

Вторая основа пластической хирургии – эстетическая хирургия, в рамках которой также возник ряд подразделов (рис. 2). Эстетическая пластическая хирургия сформировалась как субспециальность пластической хирургии во второй половине прошлого века, но проследить ее становление очень важно для понимания развивающихся меж- и внутридисциплинарных взаимоотношений (рис. 1, 2).

### Эмпирический период

Людам во все времена было важно выжить в борьбе с природой и себе подобными. И здесь востребованность хирургии (как части медицины) всегда опиралась и опирается на инстинкт самосохранения (первую основу прогресса общества): во многих случаях, если хочешь выжить – обращайся к хирургам. С другой стороны, даже в первых пластических операциях в большинстве случаев был важен эстетический аспект, в основе которого лежит инстинкт продолжения рода (вторая основа выживания цивилизации). Ведь человеку нужно не только уцелеть, но и найти подходящую пару. По одной из распространенных версий пластическая хирургия зародилась прежде всего в странах с распространенным обычаем обрезать преступникам носы и уши. А первой распространенной пластической операцией была реконструктивная пластика носа [2].

### Период формирования основ

В этот период пластической хирургии были сделаны и первые операции чисто косметического характера (например, лифтинг тканей лица, эстетическая ринопластика, липосакция и др.). Более того, в результате мировых и локальных войн появилось огромное число пострадавших, лица, конечности и тела которых были изуродованы дефектами или обезображены рубцами. Именно в этот период развития пластической хирургии значение ее эстетических мотивов резко возросло, а число операций с доминированием эстетических показаний стало массовым (от эстетической коррекции рубцов до эстетической рино- или маммопластики).

### Современный период (середина XX века – наше время)

Эволюция общества и процесс глобализации мировой экономики привели к тому, что эстетические характеристики внешности человека стали в развитых странах важными факторами в персональной конкуренции как на гендерном, так и на профессиональ-

ном рынках. Быстро прогрессирующая переоценка значения изменений внешности человека с увеличением возраста, а у женщин – еще и под влиянием беременности, родов и лактации – стала основой для бурного развития эстетической хирургии. Поэтому значительная часть пластических операций стала выполняться исключительно по эстетическим показаниям (то есть по желанию пациентов, среди которых преобладают женщины). Постепенно эстетическая хирургия сформировалась как субдисциплина пластической хирургии, проявлением чего стало создание в США в 1968 году Американского общества эстетических пластических хирургов (ASAPS) [5].

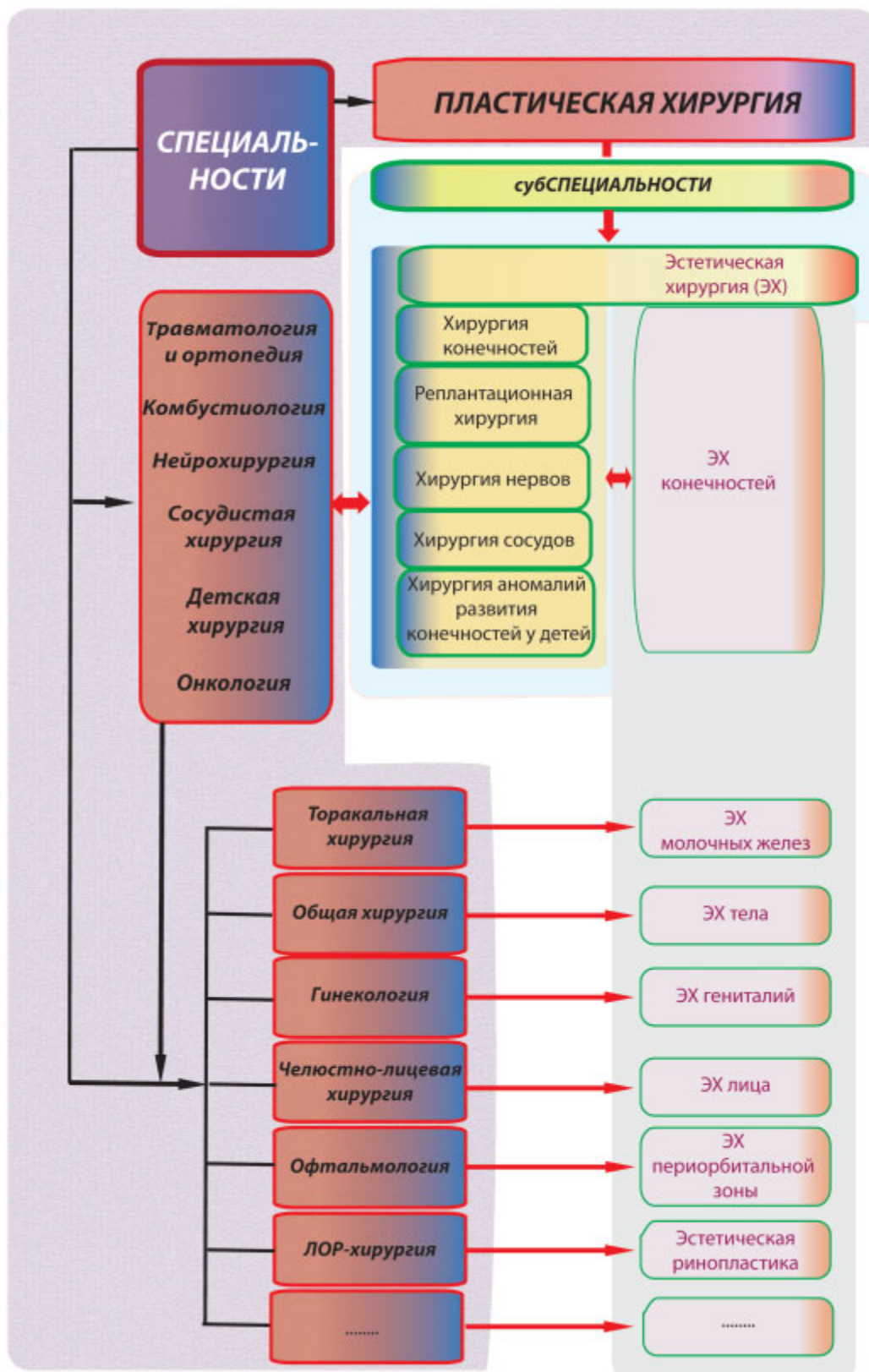
### Эстетические аспекты реконструктивной и общей хирургии

Оценивая современную реконструктивную ветвь пластической хирургии с позиций важности эстетических характеристик внешности человека, легко констатировать очевидный факт: большинство хирургических операций носят, в том числе, и эстетический характер, хотя эстетический компонент в задачах хирурга может сильно отличаться в зависимости от цели и содержания вмешательства, а также от его образования и личных взглядов. Так, неправильно сросшийся перелом длинной трубчатой кости может не только ухудшать функцию смежных суставов, но, как правило, проявляется и косметическим дефектом (деформацией конечности). К значительным эстетическим проблемам приводит и патология суставов нижних конечностей с возникновением хромоты. А уж недовольных видом рубцов, возникших, например, после аппендэктомии и (или) других экстренных и плановых операций, – великое множество. Что же говорить о лечении травм лица, кисти, носа?

С другой стороны, четко отграничить область эстетической хирургии часто невозможно. В любой хирургической дисциплине и субдисциплине возможны случаи, когда эстетические характеристики внешности становятся второстепенными (например, при операциях экстренного характера, злокачественных опухолях и пр.), или, напротив, выходят на первый план и являются основным мотивом обращения пациентов к хирургу (при коррекции посттравматических деформаций лица, кисти и пальцев у женщин, возникновении эстетических дефектов в донорских зонах после взятия аутотрансплантатов и пр.).

### О содержании эстетической хирургии

В целом современная эстетическая хирургия так же, как и хирургия реконструктивная, состоит из многих подразделов, которые «вторгаются» в зоны ответственности других официально признанных областей хирургии (и их подразделов) (рис. 2). А специалисты других областей хирургии учитывают



**Рис. 2.** Зоны ответственности (субспециальности) пластической хирургии и их одновременное соподчинение другим хирургическим специальностям



при выполнении операций, в том числе, и важность эстетических характеристик внешности человека, а также то влияние, которое оказывает на нее хирургическая операция. К тому же эти специалисты имеют веские основания претендовать и на выполнение ряда эстетических операций (например, челюстно-лицевые хирурги – на лифтинг тканей лица, а ЛОР-хирурги – на ринопластику).

Таким образом, современная эстетическая хирургия – важная субдисциплина (вторая интегральная ветвь) пластической хирургии, суть которой – коррекция эстетических дефектов и недостатков врожденного или приобретенного (в том числе и ятрогенного) характера. Современная эстетическая хирургия (так же как и реконструктивная ветвь пластической хирургии) полидисциплинарна, а ее точные границы (со смежными областями хирургии) провести невозможно.

## 4 КТО МОЖЕТ БЫТЬ КАНДИДАТОМ В ПЛАСТИЧЕСКИЕ ХИРУРГИИ?

### Те, кто хочет и способен научиться

Исходя из полидисциплинарного характера пластической хирургии (и каждой из ее двух интегральных ветвей), кандидатами в пластические хирурги могут быть представители практически любых хирургических специальностей. И в первую очередь тех, в рамках которых потребности выполнения пластических операций наиболее велики. Это – травматология и ортопедия, челюстно-лицевая хирургия, комбустиология, онкология, детская хирургия. С учетом сложности решаемых задач пластических хирургов должны отличать: а) значительно более обширные (полидисциплинарные) знания, б) интегральное мышление, в) очень высокий уровень личной хирургической техники и г) стремление к решению сложных задач.

### Те, кто уже научились

Оглянемся вокруг и легко установим тот очевидный факт, что реально действующие пластические хирурги с большими профессиональными возможностями в стране, конечно, есть. Но большинство из них являются представителями вовсе не пластической хирургии (в формальном понимании). Так, специалисты в хирургии кисти чаще всего начинали профессиональную карьеру как простые травматологи и сейчас ими же и трудятся. А те, кто пересаживает лоскуты – вышли из недр челюстно-лицевой хирургии, комбустиологии, онкологии или той же травматологии и пр. В этих областях хирургии и сейчас работают экстраординарные специалисты, многие из которых хоть

и не всем довольны в своей жизни, но вовсе не выражают большого стремления называться «пластическими хирургами». Почему?

Возможно, в значительной степени по той причине, что просто не хотят заниматься исключительно и только «сложной хирургией» (за ту же зарплату). К тому же они часто отождествляют пластическую хирургию с хирургией эстетической, заниматься которой у них пока нет возможности или желания. Ведь и в своей родной области хирургии можно зарабатывать, причем на более простых операциях. Так зачем усложнять себе жизнь?

Вопрос к ветеранам отечественной микрохирургии: «Почему в 80-е годы специалистов по пересадке тканей было намного больше, чем сейчас?» Основная причина, вероятно, будет названа одна: если тысячу рублей можно заработать простым и одновременно очень сложным образом, то какой выбор делает большинство? Это факт, что энтузиазм «гениев скальпеля», как и все человеческое, не вечен и постепенно угасает. В профессиональной деятельности финансово не подкрепляемый ген экстрима хорош только в определенных пределах. В больших дозах любовь к сложностям должна дополнительно финансироваться. И пока адекватной оплаты труда нет, невероятно тонкие и трудоемкие области хирургии (хотя бы та же реконструктивная микрохирургия) будут уделом одиночек-энтузиастов. Как сейчас.

## 5 КАК ДОЛЖНА ФИНАНСИРОВАТЬСЯ РАБОТА ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ?

### Реконструктивная ветвь пластической хирургии

Почти все вмешательства реконструктивного характера выполняются пациентам с травмами, заболеваниями (в том числе онкологическими) и врожденными дефектами. Большинство из них не способно оплатить суперсложные высокотехнологичные операции. Поэтому очевидно, что финансирование подобных вмешательств должно быть бюджетным, а оплата труда хирургов, выполняющих эти операции, должна в разы превышать оплату работы коллег, делающих несравнимо более простую работу. **Для того чтобы в будущем потребности общества в развитии сверхсложной хирургии удовлетворялись в достаточной степени, нужно на государственном уровне сделать так, чтобы молодые пластические хирурги в эту область стремились.** Именно операции реконструктивного типа и должны стать основным содержанием работы будущих государственных отделений пластической хирургии. По тем же причинам обучение реконструктивным операциям должно финансироваться государством [6].

## Эстетическая ветвь пластической хирургии

Большинство операций эстетического характера выполняется по желанию пациентов и во всех развитых странах ими же и финансируется. Поэтому и в России операции этого типа должны оплачиваться пациентами (как это сейчас и практикуется), а выполняться – в частных клиниках. И если пластический хирург, работающий в госучреждении, хочет заниматься коммерчески привлекательной эстетической хирургией, то он должен это делать в свободное от основной работы время и в той же частной клинике [6]. Или вообще уйти туда работать.

## 6 КТО И ЧЕМУ ДОЛЖЕН ОБУЧАТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ?

### Чему обучать?

Исходя из сказанного выше, ознакомительное обучение основам пластической хирургии необходимо хирургам всех специальностей. Глубокий курс обучения (с целью подготовки или переподготовки пластических хирургов) также может преподаваться представителям любого хирургического профиля, но содержание программы обучения должно варьироваться в зависимости от интересов группы обучающихся. Этот курс, конечно, должен включать и раздел эстетических операций, обучение которому может быть выделено в отдельные тематические циклы, оплачивать которые должны сами обучающиеся хирурги.

Полидисциплинарный характер как реконструктивной, так и эстетической ветвей пластической хирургии определяет тот факт, что преподавание пластической хирургии так или иначе всегда будет затрагивать вопросы смежных специальностей (субспециальностей). Поскольку перечень подлежащих преподаванию тем исключительно обширен и разнообразен, формирование единой программы обучения если и возможно, то только в «рамочной форме». Программ обучения должно быть много: и по содержанию (для травматологов, для гинекологов, ЛОР-хирургов и пр.), и по форме (с отрывом от основной работы, факультативно, заочно, индивидуально и др.) [7].

### Кто должен обучать?

Преподаватели пластической хирургии работали и работают как на кафедрах пластической хирургии, так и в учебных центрах другого хирургического профиля. Еще в 1986 году с участием автора статьи был основан 6-месячный курс «Микрохирургия в травматологии» на базе Клиники военной травма-

тологии и ортопедии ВМА. И этот курс просуществовал до 2007 года. Его куратором был Н.Г. Губочкин, ныне вице-президент кистевой группы Общества травматологов-ортопедов России [8]. Различные школы пластической хирургии и дальше, с одной стороны, будут конкурировать друг с другом и в то же время соперничать со столь распространенными на рынке и весьма популярными среди пластических хирургов семинарами, симпозиумами и мастер-классами. Таким образом, пластическую хирургию в определенной части могут преподавать хирурги любого профиля.

## 7 О БУДУЩЕМ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Будущее существует только в виде вариантов, и поэтому коснемся лишь тех, которые представляются не только более вероятными, но и рациональными. При ориентации на принятые критерии развития пластической хирургии, ее перспективы в обозримом будущем можно обрисовать следующим образом:

- все более массовый характер операций как реконструктивных, так и эстетических;
- расширение объектов воздействия пластических хирургов за счет возможности замещения обширных дефектов головы, туловища и конечностей кровоснабжаемыми аллотканями;
- дальнейшее увеличение числа научных публикаций (статей в профильных журналах и книг), рост числа тематических журналов и ресурсов глобальной сети;
- совершенствование системы обучения с появлением конкурирующих образовательных программ как в государственных, так и частных учебных заведениях; увеличение их разнообразия как по содержанию, так и по форме;
- образование региональных и федеральных профессиональных (хирургических) общественных организаций и их активное участие в контроле качества выполнения операций, соблюдения хирургами этических норм, содержания образовательных программ и механизмов сертификации хирургов;
- формирование новых хирургических специальностей и субспециальностей, а также их официальное признание на государственном уровне. При определенных условиях (широком развитии субспециальности, наличии соответствующего законодательства, заинтересованности элиты пластических хирургов в проведении такой реформы, способности ключевых «игроков» провести такие решения в соответствующих структурах государственной власти) существующие субспециальности (например, хирургия кисти, реплантационная хирургия, эстетическая хирургия и др.) могут быть признаны самостоятельными специальностями.

## 8 ОБСУЖДЕНИЕ

### Об общем алгоритме развития специальностей

Развитие любых специальностей (профессий) – и не только в медицине – происходит по определенной схеме. Сначала отдельные специалисты накапливают первичный опыт и передают его другим, тем самым способствуя возникновению **первичной специальности**. Последнее происходит, когда объем знаний (специфической информации и навыков) становится значительным, а в процесс их использования и дальнейшего развития вовлекается определенное число людей, устойчиво сохраняющееся (увеличивающееся) при смене поколений. Дальнейшее углубление объема знаний усиливается все большего числа специалистов сопровождается появлением **новых подразделов специальности (субспециальностей)**, где процессы накопления новых знаний и навыков (специфических уже для этого подраздела) продолжают. На определенном этапе эволюции это может привести к созданию новых специальностей. При этом резкой границы с исходными (первичными) специальностями (и субспециальностями) быть не может.

### О формировании специальностей в хирургии

Описанная общая схема полностью применима и в хирургии. Приведенные в данной статье исторически свершившиеся факты позволяют при их рациональной оценке уйти от споров о том, какой раздел пластической хирургии может, а какой не может стать отдельной специальностью. Поскольку в каждой стране эти процессы происходят по-своему и часто имеют свои неповторимые черты. Тем более четких границ многочисленных разделов хирургии также не существует, как и отсутствуют границы различных зон (участков и органов) человеческого тела. Другое дело, что хирургические специальности (со специфическими знаниями и навыками) нужно развивать и обучать им все новые поколения хирургов. А это уже важный вопрос для конкретных людей: о финансировании их обучения и последующей работы по профессии.

### О роли пластической хирургии

Всеми подразделами пластической хирургии овладеть в полной мере вряд ли возможно. Вот почему практически любой зрелый хирург находит свою «хирургическую нишу», в которой добивается больших успехов, чем многие коллеги, и которая интересует его в большей степени. Это может проявляться как в научных публикациях по специальным вопросам, участии в преподавательской работе, так и в чисто

практическом подходе (выполнении операций определенного типа). Именно таким образом происходит фактическое появление пластических хирургов среди врачей других специальностей.

Однако этого не наблюдается там (в тех регионах и в отдельных лечебных учреждениях), где хирургия пока еще находится в менее развитом состоянии. И где специалисты интегрального уровня не могут найти себе достаточного применения. Правилom является то, что чем более сложные проблемы решает хирургия, тем более интегральный характер она принимает. Так, по современным представлениям коррекция выраженных случаев врожденного расщепления верхней губы и нёба требует одновременного участия в операции нескольких специалистов разного профиля (пластических, челюстно-лицевых, ЛОР-хирургов, стоматологов, детских хирургов). Понятно, что реализовать такой подход можно только при определенных условиях (развитой системе оказания помощи пациентам с данной патологией, высокой организации здравоохранения и ее достаточном финансировании).

Альтернативный подход – выполнение операций специалистом интегрального уровня – может быть предпочтительным, например, в реплантационной хирургии, поскольку в условиях резкого ограничения сроков выполнения операций по сохранению конечности далеко не всегда можно собрать в операционной нужных специалистов (травматологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов и пр.).

В целом, интегрирующая роль пластических хирургов делает этих специалистов своеобразной элитой хирургического сообщества, решающей те самые задачи, которые не по силам решить врачам других специальностей. Но эта роль всегда персональна. В каждом лечебном учреждении фактически действующие и будущие пластические хирурги всегда будут иметь различный уровень подготовки и индивидуальные предпочтения, что проявится в конкретных результатах работы и влиянии этих результатов на общий уровень развития хирургии конкретного региона.

### Специалисты

Хирурги-профессионалы высокого класса вырастают из субспециальностей. И поэтому необходимость для кандидатов на обучение иметь достаточно большой хирургический стаж – правильное и важное требование текущей реформы. Каждый из профессионалов имеет свои предпочтения и, следовательно, соответствующие запросы в обучении. В принципе не столь важно из какой области хирургии эти специалисты приходят. Важно другое: то, что они способны (!!!) решать те задачи, которые по тем или иным причинам не под силу решить другим. И здесь адекватный их запросам процесс обучения может позволить конкретному специалисту (реальному или будущему) в мак-



симальной степени развить свои профессиональные возможности. И в полной мере «увязать» их с условиями своего места работы. Как же решить эти задачи в условиях проходящей в нашей стране реформы?

## Об обучении

Очевидно, что никакие «единые» программы обучения по специальности «пластическая хирургия» не остановят творчески мыслящих руководителей (представителей) соответствующих кафедр и центров обучения предлагать потенциальным учащимся «оригинальный продукт» (по объемам, содержанию и формам обучения, преподавательскому составу и, конечно, по цене). Этот рынок пока еще только формируется и, как бы его ни «регулирували», он все равно будет развиваться. И главные события будут происходить на региональном уровне.

## Об общественных организациях пластических хирургов

Саморегулирующиеся общества пластических хирургов будут возникать сами по себе, но только в тех городах (регионах), где возникнут определенные условия: а) достаточное число практикующих пластических хирургов, б) высокий уровень оценки ими своей общественной значимости, в) понимание возможностей реальной защиты своих интересов своими же коллективными усилиями, свободными от субъективного, непрофессионального и коррупционного подходов, г) необходимость участия в регулировании вопросов сертификации и обучения и др. Конечно, должны прийти и лидеры, которые захотят и смогут сплотить вокруг себя прогрессивную часть «пластического сообщества». С тем, чтобы членство в нем стало не декларативным, а реально действующим «входным билетом» в нашу сложную специальность.

## 9 Выводы

**1.** Современное определение термина «**пластическая хирургия**» должно включать следующие четыре характеристики:

а) **интегральный характер** этой хирургической специальности, которая объединяет ряд субспециальностей, формирующих две основные ветви пластической хирургии – реконструктивную и эстетическую;

б) ее **анатомическую и патоморфологическую направленность** на решение наиболее сложных задач по устранению дефектов поверхностных и глуболежащих структур организма;

в) обязательный **эстетический характер** – современный уровень оценки влияния любой операции на внешность человека, а также на крайне важную в социаль-

ном отношении коррекцию эстетических недостатков (в том числе формы и объема) различных участков тела (эстетическая ветвь пластической хирургии);

г) патогенетическую основу – выполнение пластических операций при врожденных и приобретенных (в том числе посттравматических, ятрогенных и возрастных) нарушениях функционального и эстетического характера.

**2.** Пластическая хирургия – полидисциплинарна и границы ее профессиональной ответственности точно определить невозможно. Объединяя наиболее сложные способы хирургического воздействия на ткани организма, пластическая хирургия является своеобразной надстройкой, объединяющей многие ветви хирургии в решении самых сложных задач восстановления физического, психологического здоровья человека и его социального самочувствия.

**3.** Обучение по специальности «пластическая хирургия» должно основываться на концепции, учитывающей сущность данной специальности. Это предполагает:

- многовариантность программ обучения и многообразие форм их реализации;
- высокий профессиональный статус и широкий кругозор привлекаемых для преподавания специалистов;
- разнородность профессионального образования обучаемых.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. и соавт. *Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. С-Петербург, Гиппократ, 1998, 744 с.*
2. Павлова И.Я., Пшениснов К.П. *История пластической хирургии. В кн: Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. Под ред К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск, «Рыбинский дом печати», 2010, с. 2–34.*
3. Rohrich R]. *American society of plastic surgeons: what's in a name change? Plast Reconstr Surg 2000;3(105):1059–1060.*
4. Halock GG. *The plastic surgeon of the 20th century. Plast Reconstr Surg 2001;4(107):1014–1024.*
5. Crosby JF. *History of the american society for Aesthetic Plastic Surgery. Plast Reconstr Surg 1975;5(56):507–512.*
6. Белоусов А.Е. *Замечания к проекту «Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия». Пластическая хирургия и косметология 2011;2:223–225.*
7. Белоусов А.Е. *Время перемен. Личный взгляд (Комментарий к письмам А.Э. Махлина). Пластическая хирургия и косметология 2010;4:633–637.*
8. Губочкин Н.Г. *Личное сообщение.*

# НОВАЯ ФИЛОСОФИЯ ЛИФТИНГА



[www.silhouette-lift.ru](http://www.silhouette-lift.ru)  
[www.silhouette-lift.com](http://www.silhouette-lift.com)

Эксклюзивный дистрибьютер  
на территории СНГ  
«ООО Сообщество косметологов»

- Форма нити абсолютно гладкая, без острых насечек, что делает нить максимально прочной.
- Прозрачные рассасывающиеся полые конусы обеспечивают большой прирост тканей и более длительную фиксацию.

Нити «Silhouette Lift» были одобрены Управлением по медицинской и лекарственной продукции США (FDA) в ноябре 2006 года, европейский сертификат CE был получен в марте 2007 года, в России нити «Silhouette Lift» были зарегистрированы и сертифицированы в июле 2010 года (регистрационное удостоверение ФСЗ 2010/07424 от 19 июля 2010 года).

**Наши координаты:**  
Россия, г. Москва, пр-т. Вернадского, 8А  
Тел. 8-495-287-46-45 (многоканальный), тел.: 8-910-474-47-34

**о. Байкал**

**ВНИМАНИЮ ХИРУРГОВ!**  
8-11 сентября 2011г. НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ.  
Модераторы: Биггс Т., Бейкер Т, Бенито Х. Регистрационный взнос: 5000 руб.  
В рамках конференции предусмотрена экскурсионная программа.

## Новая анатомическая матрица



*Création Française*  
**Французский Стиль**

**Eurosilicone**  
[www.eurosiliconemed.ru](http://www.eurosiliconemed.ru)

119311, Россия, г. Москва, пр-т Вернадского, д. 8а. Тел. (495) 287 4645 (многоканальный)  
Тел. отдела продаж: 8-910 483-6121, 8-916 207 6168, 8-910 459 1728, 8-903 224 7500  
E-mail: [pr\\_implant@mail.ru](mailto:pr_implant@mail.ru), [es\\_implantestet@mail.ru](mailto:es_implantestet@mail.ru)  
[www.eurosiliconemed.ru](http://www.eurosiliconemed.ru), [www.nike-med.ru](http://www.nike-med.ru)

Эксклюзивный дистрибьютер  
на территории России и СНГ

**НИКЕ МЕД**  
клиника эстетической медицины

## Обсуждение проекта приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ и приложения «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»

Редакция благодарит за участие в дискуссии:



**А.Е. Белоусова,**  
доктора медицинских наук,  
профессора, руководителя  
Центра пластической  
и реконструктивной хирургии,  
вице-президента ОПРЭХ,  
Санкт-Петербург



**А.М. Боровикова,**  
доктора медицинских наук,  
профессора, президента ОСЭМ,  
главного редактора журнала  
«Пластическая хирургия  
и косметология»,  
Москва



**Н.О. Миланова,**  
доктора медицинских  
наук, академика, главного  
внештатного специалиста  
по пластической хирургии  
Минздравсоцразвития РФ,  
заведующего кафедрой  
госпитальной хирургии  
I Московского государст-  
венного медицинского  
университета им. Сеченова,  
президента ОПРЭХ,  
Москва



**К.П. Пшенишнова,**  
доктора медицинских наук,  
профессора, заведующего  
курсом пластической  
хирургии факультета  
последипломного образования  
Ярославской государственной  
медицинской академии  
Минздравсоцразвития РФ,  
члена редакционной коллегии  
журнала «Пластическая  
хирургия и косметология»,  
Ярославль

**П**роjekt закона «О порядке оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» был размещен на сайте Министерства здравоохранения и социального развития РФ 30 ноября 2010 года. **(Определения и выдержки из приложения к закону выделены цветом.)**

**1. Настоящий «Порядок» регулирует вопросы оказания медицинской помощи населению по профилю «пластическая хирургия».**

**А.М. Боровиков:** Первый же пункт поднимает проблему, которая не решена. Пластическая хирургия (ПХ) населением, да и врачами понимается исключительно как косметическая хирургия. Реконструктивная

(лечебная) часть ПХ давно поделена в нашей стране между профильными специальностями (офтальмохирургия, челюстно-лицевая хирургия, комбустиология, онкология и т.д.). Профильные специалисты и не подумают освободить место новым конкурентам – пластическим хирургам. Действительно, профильные специалисты на 100% в теме и лучше подготовлены.

О каком же новом виде «помощи населению» может быть речь? Ясно, что «Порядок» не может претендовать на регламентацию лечебной помощи, поскольку таковая уже регламентирована жесткими границами территорий смежных специальностей. Он может реализоваться только как средство упорядочения косметических услуг. Следовательно, он

не может управлять бюджетными средствами. Однако обсуждаемый документ на это претендует. Отсюда большинство противоречий.

**Н.О. Миланов:** Данный «Порядок» регламентирует только ПХ. Он трактует ее как целое и не обязан ни решать наши «проклятые» вопросы – «реконструкция или косметика», ни разводить нас со смежниками по углам. Для каждой смежной специальности существует собственный «порядок». В каждой из них есть лакомые куски, к которым публика восприимчива, благодаря рекламе, в большей степени, чем к сути специальности. От этого онкология не перестает быть онкологией, лечением рака, а ПХ не перестает быть лечением дефектов. Ошибочно в угоду популизму трактовать всю специальность ПХ как «косметику». И Вы, и я прекрасно знаем, что она много шире. Будучи признана государством, она «может управлять бюджетными средствами». «Порядок» в каждой из смежных специальностей не может и не должен «управлять» потоками пациентов, жестко разграничивать профессиональные территории. Каждый «порядок» касается только своей собственной территории. Это наше будущее дело – дело профессионалов – притираться друг к другу, конфликтовать, мириться и находить решения.

## **2. Медицинская помощь по профилю «пластическая хирургия» – это комплекс медицинских и реабилитационных мероприятий...**

**А.М. Боровиков:** Термин «реабилитационные мероприятия» человек, поднаторевший в выбивании финансов на эти «мероприятия», попросит расшифровать. Реабилитация после реконструкции кисти или спасение обожженного требует дорогостоящих физиотерапии, лечебной физкультуры, профессиональной переподготовки. К хирургам это отношения не имеет. Это отдельная область – «реабилитология», включающая физические и социальные (пандусы, пенсии) меры. Реабилитационные мероприятия начинаются там, где медицинские заканчиваются, то есть достигают эффекта. Состояние пациента стабилизировано и он в хирургах больше не нуждается. Однако помощь для возвращения к активной жизни ему все еще требуется. Такая помощь – и есть дело реабилитологов. Грустно видеть мешанину понятий в документе Минздравсоцразвития, который простирается и на сферу пациентов, и на сферу инвалидов, не понимая разницы между ними. Последствиями будут неразбериха и невозможность финансировать полагающиеся по данному регламенту мероприятия. Подозреваю, что в термин «реабилитация в пластической хирургии» некто попытается просунуть платные косметологические услуги типа лазеров, массажей, инъекций филлеров и ботулотоксинов. Если это удастся протолкнуть, то грань между бюджетной реконструкцией и платной космето-

логией исчезнет, и «пластические хирурги» вольются в ряды «пилльщиков» бюджета в свой карман.

**Н.О. Миланов:** «Порядок» в любой специальности регламентирует все ее проявления. Реабилитация – необходимое дополнение каждой из них. Вы как специалист видите детали, пусть и важные, пусть даже те, в которых наверняка «поселится дьявол». Так пусть Ваша ценная ремарка послужит тому, чтобы мы научились «изгонять дьявола», но не тому, чтобы отказываться от реабилитации.

**... комплекс медицинских и реабилитационных мероприятий, целью которых является устранение анатомических и/или функциональных дефектов покровных и подлежащих тканей любой локализации, возникающих в результате наследственных и врожденных пороков развития, острых травм и их последствий, заболеваний и хирургических вмешательств, направленных на лечение той или иной патологии (ятрогенных дефектов).**

**А.М. Боровиков:** Поскольку пункт 2 разделен на две части – реконструктивную и косметическую, а мы сейчас находимся в реконструктивной (читай – бюджетной) части, то последние слова «хирургических вмешательств, направленных на лечение... ятрогенных дефектов» подразумевают исправление дефектов, в том числе и после косметических операций за счет бюджета. Я лично «за» как косметолог. Но как это просочилось через охранителей бюджета?

**Н.О. Миланов:** «Просочилось» вполне обоснованно. Изуродованный косметологом пациент имеет те же права, что и травмированный по пьянке или подхвативший триппер: **«устранение изъянов покровных и подлежащих тканей любой локализации, связанных с возрастными изменениями, желанием пациента внести коррекцию в свою внешность, с эстетическими последствиями результативного устранения анатомических и/или функциональных дефектов покровных и подлежащих им тканей любой локализации с помощью пластической хирургии».**

**А.М. Боровиков:** Повторю ключевой вопрос. Является ли косметика лечебной помощью? Пока на него не будет ответа, не будет и специальности. При таком стыдливом умалчивании все блага потекут в карманы косметологов-частников (даже не хирургов, а инъекционщиков-реабилитологов). Именно они станут акцепторами как бюджетных (они это умеют организовать), так и частных (это они уже организовали) платежей по линии «пластическая хирургия». А энтузиасты-реконструкторы как были, так и останутся без гроша и скоро все уедут на Запад.



**Н.О. Миланов:** «Порядок» в ПХ регламентирует все ее ветви. Не надо демонизировать косметологию. Надо приступать к работе, в том числе и с чиновниками, которые сейчас просто калькируют объезженные документы. Они не обязаны и не могут видеть то, что видите Вы. Не надо ставить им нерешаемый вопрос «является ли косметическая хирургия лечебной?» Не надо делать наше общее детище – ПХ – заложницей таких вопросов-провокаций. Надо работать сообща, чтобы в нашем сообществе блага текли по справедливости и ребята не уезжали.

**3. Для оказания медицинской помощи населению (взрослым и детям) по профилю «пластическая хирургия» в каждом субъекте Российской Федерации организуется отделение пластической хирургии.**

**А.М. Боровиков:** Повторяюсь. С какого перепуга профильные специалисты отдадут потоки пациентов? Бесплатной медицины не бывает. И онкологи, и травматологи, и специалисты по лечению ожогов – все берут в карман. А помимо их пациентов пластическому хирургу остается только косметика. Так что же, создаем в каждом субъекте Федерации отделения «бюджетной» ПХ, которая почти исключительно является эстетической хирургией? Я – косметический хирург – двумя руками «за». Жалко только бабушек и младенцев.

**Н.О. Миланов:** Без пункта об организации специализированных отделений «Порядок» просто не может существовать. Когда я начал заниматься наполнением специальности, я думал, что смогу создать некие приспособленные под нас документы, написать подобные пункты иначе. Иллюзия! Законами, постановлениями и прочими чиновничьими документами регламентировано все, в том числе и открытие коммерческих медицинских подразделений, клиник и т.д. Так же жестко регламентированы условия их функционирования, открытия, закрытия, лицензирования и т.д. Поэтому «Порядок» в любой медицинской специальности регламентирует только деятельность, не важно – бюджетную или коммерческую. Всё. Точка. Есть законы и положения о деятельности в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), высоких технологий, прямого бюджетного финансирования. И эти законы и положения едины для ВСЕХ специальностей, и не может быть «своих» законов и положений именно для пластической хирургии. Вы просто не в курсе. Отсюда ошибки.

**4. Отделения пластической хирургии организуются на базе государственных учреждений здравоохранения, клиник хирургических научно-исследовательских институтов и клиник Го-**

**сударственных образовательных учреждений высшего профессионального образования (медицинских институтов, академий и университетов), оказывающих круглосуточную многопрофильную хирургическую помощь (далее – медицинские организации). На базе указанных отделений могут быть созданы областные и республиканские организационно-методические центры по пластической хирургии.**

**А.М. Боровиков:** Этот пункт противоречит Конституции РФ, согласно которой государственная, страховая и частная медицина равноправны, но две последние ветви в п.4 даже не упомянуты.

**Н.О. Миланов:** Очередная ошибка. В этом пункте указаны базы, а не формы собственности. Хотите независимую частную клинику по эстетической хирургии? Ради бога – регламенты прописаны (см. выше), и «Порядок» не должен их дополнительно разжевывать. Речь в этом пункте о высокотехнологичной помощи по ПХ, а не о «барыгах»-косметологах. Здесь уместно вспомнить и поднятую выше проблему о «дележе» потоков, то есть профессиональных территорий. Никто ни у кого отбирать пациентов по высоким медицинским технологиям (ВМТ) не будет. Квоты по ВМТ с 1 января 2011 года даются пациенту без привязки к лечебному учреждению. Куда пациент хочет, туда и идет. Пациенты сами решают, где делать реконструктивно-пластическую операцию, выбирая не там, куда послали, а там, где лучше. То же касается и ДМС и ОМС. Хотелось бы, чтобы в отделениях пластической хирургии помощь оказывалась более качественная, чем в общих отделениях. А это возможно только при условии изменения стратегического и тактического подхода к каждому пациенту, нуждающемуся в реконструкции и пластике, что присуще в большей мере пластической хирургии.

**5. Для оказания плановой специализированной помощи по профилю «пластическая хирургия» отделения пластической хирургии могут быть созданы на базе клиник специализированных хирургических медицинских организаций.**

**А.М. Боровиков:** Звучит вымученной уступкой частникам-косметологам. А ведь это не парии, а оплот новой специальности, которая, по сути, должна называться «эстетическая хирургия». Прочие, перечисленные в п. 4, как главные, будут просто хлявничать на бюджетных койках, делая то же самое – косметику, только не платя аренду и налоги.

**Н.О. Миланов:** С тем, как должна называться наша специальность – не согласен. Я уверен, что ПХ неделима. Но это вопрос философский, а в этом частном пункте



к «базам» вполне могут быть отнесены и частники, как Вы верно подметили. Чем же Вы опять недовольны? Возможными злоупотреблениями со стороны бюджетников? На это есть законы и их служители. Напишите хоть один регламент, который невозможно было бы употребить во зло. Этот комментарий относится и к Вашему следующему замечанию.

**6. В медицинских организациях, имеющих не менее 200 коек хирургического профиля, оказывающих плановую и экстренную многопрофильную хирургическую помощь, и, на базе которых открытые отделения пластической хирургии нецелесообразно, но имеются условия для выполнения пластических операций (Приложение № 4) вводится обязательность пластического хирурга.**

**А.М. Боровиков:** Бедный парень. Если он чистый, то никто ему ничего не даст. А если он жирует на бюджете, то будет, как и сегодня, жить взятками главному врачу.

**7. Медицинская помощь по профилю «пластическая хирургия» за счёт средств федерального бюджета или средств бюджетов субъектов Российской Федерации оказывается при выполнении реконструктивно-пластических операций в следующих случаях: пациентам с анатомическими и/или функциональными дефектами покровных и подлежащих тканей любой локализации, возникающими в результате наследственных и врожденных пороков развития;**

**А.М. Боровиков:** Остается только минимальное искривление перегородки носа, имеющееся у 90% населения, или мешки жира «галифе» подвести под понятие дефекта (а ведь и впрямь, и то и другое и наследственное, и врожденное, и анатомическое, и функциональное, и локализация воистину любая), как мы, косметологи, получаем доступ к бюджету.

**Н.О. Миланов:** Мой предыдущий комментарий относится и к данному, и к следующим Вашим замечаниям. Еще раз напомню, что «Порядок» описывает именно порядок, а не его нарушения. Вы что, не согласны с этими пунктами по сути? Конечно, согласны. Тогда давайте думать, как их воплотить, работая имеющимися инструментами, а не о том, как уничтожить домыслами и кликушеством.

**...пациентам с анатомическими и/или функциональными дефектами покровных и подлежащих им тканей любой локализации, возникающими в результате острых травм или их последствий...**

**А.М. Боровиков:** Душа ликует, отмечая верный пункт!

**...пациентам с анатомическими и/или функциональными дефектами покровных и подлежащих им тканей любой локализации, возникающими в результате различных заболеваний, ведущие к ограничению трудоспособности, социальной дезадаптации и снижению общепринятых стандартов жизни; пациентам с анатомическими и/или функциональными дефектами покровных и подлежащих им тканей любой локализации, возникающими в результате хирургических вмешательств, направленных на лечение той или иной патологии и не устраненные во время основного хирургического вмешательства (ятрогенных дефектов).**

**А.М. Боровиков:** Ликование было недолгим. В двух последних абзацах вновь неопределенность понятий «любая» локализация, «различные» заболевания, социальная дезадаптация, «общепринятые» стандарты – сиречь трактовка каждым в свою пользу.

**8. Медицинская помощь по профилю «пластическая хирургия» за счет средств пациента оказывается в следующих случаях: пациентам с изъянами покровных и подлежащих тканей любой локализации, которые связаны с возрастными изменениями и не носят патологический характер.**

**А.М. Боровиков:** Выше мы обращали внимание на различие в данном документе хирургии и реабилитации, ведущее к смешению понятий «излечение» и «добавочная коррекция». Теперь вспомним, что все и каждые возрастные изменения кожи отражены в качестве болезней в «Номенклатуре», то есть носят тот самый искомый «патологический характер». Далее берем любого пациента с ксантоплазмой (а, коль скоро фотодокументация нигде не названа обязательной, то можно обойтись вообще любым «диагнозом») и выполняем ему блефаропластику на бюджетной койке – он ведь «носитель патологии». То есть исключаем его из категории «за счет средств пациента». Действительное прохождение оплаты описывать излишне.

**Н.О. Миланов:** Здесь Вы вновь описываете лазейки для дельцов. Документ обращен не к ним, а к пациентам, желающим скорректировать внешность.

**А.М. Боровиков:** А как же травматика?

**Н.О. Миланов:** Пункт, действительно, требует уточнений в пользу пострадавших, а не стремящихся омолодиться.

**...пациентам, неудовлетворенным эстетическим результатом перенесенных хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний.**

**А.М. Боровиков:** Положение обходится с легкостью на основаниях, приведенных выше, и пациент попадает на бюджетную койку. Прохождение оплаты опускать излишне.

**Н.О. Миланов:** Вновь лазейки для дельцов, ненужные в нашем обсуждении.

**9. При оказании медицинской помощи больным, в результате которой возможно образование анатомических и/или функциональных дефектов покровных и подлежащих им тканей любой локализации, специалисты (хирурги, детские хирурги, челюстно-лицевые хирурги, травматологи-ортопеды, онкологи, сердечно-сосудистые хирурги, урологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи, нейрохирурги, трансплантологи) должны привлекать к лечению пластического хирурга.**

**А.М. Боровиков:** Душа возликовала вторично. Но как делить деньги? Ни один из перечисленных не работает мимо кармана.

**Н.О. Миланов:** Если так ставить вопрос, то коллегиальное сотрудничество вообще невозможно. А оно есть и работает. Будет работать и в ПХ.

**10. При подозрении или подтверждении онкологического заболевания у пациента во время оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» информация о диагнозе (с его добровольного информированного согласия) направляется в онкологический диспансер для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения. Все действия пластического хирурга по отношению к пациенту с подозрением на онкологическое заболевание должны соответствовать порядку оказания медицинской помощи по специальности «Онкология».**

**А.М. Боровиков:** Глупость полная. Если бы кто-то доказал, что реконструкция груди хоть как-то влияет на онкологический прогноз, он получил бы Нобелевскую премию за то, что указал бы факторы развития рака, доселе неизвестные. Пластический хирург имеет отношение к раку не больше, чем любой врач. Он занимается своим делом – восстановлением качества жизни, а не ее количества. Пусть онкологи занимаются своим и прекратят, наконец, «держат и не пущать» туда, где ничего не смыслят и учиться чему не хотят.

**Н.О. Миланов:** Согласен с замечанием, пункт слишком формальный и может препятствовать вовлечению пластического хирурга в реконструкцию после

онкологических абляций на том лишь основании, что «подозрения» на рецидив опухоли есть всегда. Нельзя тактику пластического хирурга ставить в зависимость от директив онкологического диспансера. В этом случае восстановительных операций не будет вовсе.

**11. После курса лечения на бюджетной основе по профилю «пластическая хирургия» пациентам при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента операции, проводятся реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций в амбулаторно-поликлинических условиях, больницах восстановительного лечения, а также в санаторно-курортных организациях на общих основаниях.**

**А.М. Боровиков:** Реабилитации в ее настоящем смысле в нашей стране не существует. Что же имеется в виду, особенно под «общими основаниями»?

**Н.О. Миланов:** Согласен, что пункт вошел в документ автоматом, без проработки. Но чему он мешает?

**Далее обсуждается «Положение об организации деятельности отделения пластической хирургии».**

**1. Настоящее «Положение» определяет организацию деятельности стационарного отделения пластической хирургии в составе медицинских организаций.**

**А.М. Боровиков:** В пункте 4 «Порядка» под медицинскими организациями понимаются исключительно бюджетные. А как же нынешняя практика ПХ, которая почти исключительно частная и косметическая? Немногочисленные исключения – это халявщики, которые делают ту же косметику на бюджетных койках, предназначенных для реконструкций. Для сомневающимся могу назвать ведущие московские клиники, что уж говорить о провинции!

**2. Отделение пластической хирургии создается как структурное подразделение государственных медицинских организаций, клиник хирургических научно-исследовательских институтов, клиник государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования (медицинских институтов, академий, университетов), оказывающих круглосуточную многопрофильную хирургическую помощь.**

**А.М. Боровиков:** Уже упоминалось противоречие с Конституцией РФ.

**Н.О. Миланов:** Ошибочность Вашей негативной трактовки пунктов 1 и 2 указана мною выше.

**3. Отделение пластической хирургии возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которого отделение создано.**

**А.М. Боровиков:** Жаль, что без согласования с профессионалами. Откуда барыга-главврач может знать о реальных достоинствах пластического хирурга? Из поступлений в собственный карман? Вот зачем нужны и чем сильны профессиональные общества на Западе. Не правда ли жаль, что наши сообщества такой вопрос даже ставить не решаются?

**4. На должность заведующего отделением пластической хирургии назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, которые утверждены приказом МЗ и СР РФ от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» по специальности «пластическая хирургия» и приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ», имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет.**

**А.М. Боровиков:** И сразу вопрос: а как именно означенные приказы гарантируют должную квалификацию? Министерства, циркуляры, чиновники по определению не способны и не должны оценивать профессиональную подготовку. Это может сделать только и исключительно коллегия профессионалов. Да, каждый из членов коллегии амбициозен, предвзят, ревнив. Но всех вместе их невозможно купить в силу хотя бы перечисленных негативных качеств, всегда разнонаправленных, в отличие от чиновника, блюдущего «соответствие квалификационным требованиям» и склонного к единственному направлению – в карман. К тому же совокупный уровень чести у такой коллегии неизмеримо выше, чем у отдельного клерка. Они ведь, как ни как, отдали этой профессии жизнь и многого добились в ней в отличие от упомянутого клерка. Именно по этой и только по этой причине граждане западных стран доверяют свое здоровье профессиональным коллегиям, а не чиновникам от медицины. Это настолько же ясно, насколько далеко от нашей действительности. Вам кажется, я утри-

рую? Тогда перечтите еще раз пункт 4 и скажите, кто гарантирует компетентность хирурга, который режет вашу плоть за ваши деньги. Посмотрите еще раз. Теперь понятно?

**5. На должность врача отделения пластической хирургии назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, которые утверждены приказом МЗ и СР РФ от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» по специальности «пластическая хирургия».**

**А.М. Боровиков:** Те же замечания, что и к п. 4.

**Н.О. Миланов:** Ваша критика пунктов 3, 4 и 5 бессмысленна. Это общепринятые положения в любой специальности, и в одночасье нельзя изменить порядок назначений на должности. Это потребовало бы кардинальных реформ здравоохранения, да и всего государственного устройства в сторону передачи полномочий от чиновника в руки профессиональных неправительственных организаций. Такое требование сегодня означает саботирование развития специальности ПХ. По сути же это требование справедливо, но должно торить себе дорогу последующими многолетними усилиями всего общества и нашими в том числе.

**6. Для оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» путем выполнения эстетических операций сертифицированный врач – пластический хирург должен иметь удостоверение о прохождении тематического усовершенствования в объеме от 72 до 144 часов по каждому из выполняемых им виду эстетических операций.**

**А.М. Боровиков:** Любопытный пункт в череде инструкций для будущих бюджетных, то есть лечебных отделений ПХ (см. пп. 1 и 2.). Доселе никто не слышал о бесплатном, то есть бюджетном прохождении курсов тематического усовершенствования (ТУ). Все сертификаты таких курсов за деньги «разрешают» их покупателю выполнять фейслифт, липосакцию, блефаропластику и прочие эстетические процедуры. Значит ли этот пункт, что только эти косметические операции, на которые мы купили разрешения, мы и будем выполнять на бюджетных койках? Я не слышал про ТУ по пластике плечевого сплетения или хирургии врожденных расщелин. Авторам данного пункта ясно, что реконструктивных операций в планируемых отделениях не будет. Они даже не задумываются над тем, что этим пунктом объявляют эстети-

ку – основой деятельности будущих отделений ПХ. Как и о том, что открыто объявляют своей целью сбор дензнаков за «удостоверения о прохождении».

**Н.О. Миланов:** Не стоит обвинять «авторов данного пункта» в злых умыслах. Они правы в своих формальных требованиях об углублении последиplomного образования путем ТУ. Другое дело, что они говорят только об «эстетических операциях». Но, согласитесь, никто не может заставить ни меня, ни вас, ни кого-либо другого жертвовать свое время на такое образование бесплатно. Да, эстетическая хирургия – это неотъемлемая часть ПХ и в этом смысле – дело государственное. Но она еще и рынок, товар. И в этом качестве – дело частное. Количество обучающих организаций стремительно растет, скоро конкуренция между ними сделает цены на обучение вполне человеческими. Что же касается реконструкции, то обучение по микрохирургии, например, остается бесплатным. Если и есть перекосы по части платности обучения лечебным технологиям ПХ, то с ними можно и нужно бороться.

**7. Структуру отделения пластической хирургии и штатную численность медицинского и другого персонала устанавливает руководитель медицинской организации, в составе которой создано отделение, исходя из объема лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и рекомендуемых штатных нормативов (Приложение № 3 к «Порядку оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при патологических состояниях по профилю пластической хирургии», утвержденному настоящим приказом).**

**А.М. Боровиков:** Приложение №3 – это десятки штатных единиц. Оставим вне обсуждения должности стоматолога и зубного техника и спросим, а зачем все остальные? Добро, если бы новые ставки кто-то выделил больнице сверх установленных. Но ведь ясно, что этого никогда не будет. Будут распоряжения «в пределах нынешней численности», то есть забираем рабочих с соседних участков. Кто придумал это в отношении городских и областных больниц? Ведь наверняка найдутся новоявленные заведующие отделениями ПХ, имеющие особый подход к главврачу, и заберут лучших, обескровят травматологию, реаниматологию и т.д. в свою пользу. Любой здравомыслящий пластический хирург уверенно скажет, что ему никто не нужен, кроме себя самого, плюс ученика-ординатора (речь не идет о микрососудистой хирургии), плюс надежные сестры любого отделения хирургического профиля, плюс надежный персонал любого операционного блока.

**8. Оснащение отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения (приложение № 4 к «Порядку оказания плановой медицинской**

**помощи населению Российской Федерации по профилю «пластическая хирургия»), утвержденным настоящим приказом.**

**А.М. Боровиков:** Приложение № 4 в документе не нашел, но уверен, что оно станет костью в горле у частных клиник, предложением для их безбожной обираловки. На деле же оснащение пластического хирурга – это всего лишь нож, иглодержатель, пинцет, ножницы, шовный материал – много меньше, чем у любого узкого специалиста. А также здравый смысл, которого должно быть много больше, но в стандарты он не включен.

**Н.О. Миланов:** Пункты 7 и 8 весьма болезненны в денежном смысле. Надеюсь, хотя и не уверен, что введение новой специальности будет доведено до конца и открытие по одному, головному, отделению пластической хирургии в каждом субъекте Федерации будет сопровождаться введением дополнительных ставок и дополнительным финансированием для приобретения специального оборудования. Такое обещание дано. Если ставки и деньги выделит Минздравсоцразвития, и если их не разворуют, то все будет хорошо. Но если Минздравсоцразвития спустит распоряжение в Управления здравоохранения субъектов Федерации, то все под очень большим вопросом. Этой проблемой озадачены и органы управления здравоохранения на местах. Именно поэтому 26 субъектов Федерации отказались назначать главных специалистов по пластической хирургии, мотивируя это тем, что пластической хирургии у них нет никакой. Ни реконструктивно-пластической, ни косметологической. И это не звенки или буряты. Это такие области, как Калужская, Липецкая, Орловская, Тамбовская. Они не верят Минздравсоцразвития, а своих денег у них нет.

**9. Отделение осуществляет следующие функции: оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи путем выполнения реконструктивно-пластических операций с применением хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;...**

**А.М. Боровиков:** Ага, значит, надо еще написать и утвердить «стандарты» по ПХ. Кто и когда будет это делать, если хирург по определению должен оперировать, а министерский «стандарт» объемов равен диссертации. Если только в учебнике пластических операций тысячи, если «пластический» – значит креативный, то есть всегда иной, новый, индивидуальный, если... В советские времена я сам писал методички по микрохирургии и знаю, что их всего-



навсего не более пары дюжин. А как быть с приказом Минздрава СССР № 888 от августа 1988 года? Отменять его? Отменять организационные основы, на которых едва теплится отечественная микрохирургия? Отдавать ее в руки новым заведующим новыми отделениями ПХ, купившим сертификаты и ТУ по липосакции?

**...оказание специализированной плановой медицинской помощи путем выполнения эстетических операций в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;...**

**А.М. Боровиков:** О «стандартах» см. выше. Художник Кисточка из «Незнайки» обводил трафарет и раскрашивал глазки. Вот вам «стандарт» в эстетической хирургии. А вы хотите быть оперированы по стандарту?

**Н.О. Миланов:** Громы и молнии! Но ведь вызвавшие их два параграфа п. 9 – всего лишь юридически необходимые циркуляры. Согласен, что стандарты могут исходить только от профессионалов. Однако мы пока что их не создали. Мы вынуждены подчиняться пока методичкам. Иначе – бардак. Так скорее за работу – уже в ближайшем будущем нам остро потребуются профессионально, а не бюрократически утвержденные стандарты практики. Но, согласитесь, ведь какие-никакие правила нужны прямо сейчас!

**...освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний и патологических состояний, относящихся к профилю «пластическая хирургия»; разработка и внедрение новых медицинских технологий, относящихся к профилю «пластическая хирургия»; разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в отделении пластической хирургии;...**

**А.М. Боровиков:** Три вышеперечисленных пункта пустословны. Ответственность по ним не затруднительна и станет, видимо, коньком в рапортах наверх.

**Н.О. Миланов:** Пункты общеприняты. Вы вольны трактовать их скептически. Но возможна ведь и вполне деловая трактовка.

**...осуществление госпитального этапа реабилитации пациентов с заболеваниями и патологическими состояниями по профилю пластической хирургии;...**

**А.М. Боровиков:** «Госпитальный этап реабилитации» – безграмотность и бессмыслица.

**Н.О. Миланов:** Согласен. Примите участие в коррекции этого и следующего параграфов.

**...осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;...**

**А.М. Боровиков:** Сильно сказано. Мы умеем ставить подпись под больничными листами. Экспертиза же означает, что мы должны так же уметь вычленять тех, кого следует направить на инвалидность. В реконструктивной ПХ таких пациентов большинство. Но сколько еще десятилетий пройдет, пока чиновники бюро экспертизы (до сих пор не понимающие, чем эти «бюро» отличаются от ВТЭКов и зачем их переименовали) получают бумажные разъяснения относительно профиля инвалидности по специальности ПХ?

**...повышение профессиональной квалификации медицинского персонала отделения пластической хирургии по вопросам специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи по профилю «пластическая хирургия»; оказание консультативной помощи врачам других отделений стационара по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний и патологических состояний по профилю «пластическая хирургия»;...**

**А.М. Боровиков:** Верные пункты. Они и должны были бы стать основой всего документа. Сомнения в том, что меня, пластического хирурга, призовет заведующий отделением травматологии или кардиохирургии, не говоря уже об онкологии, изложены выше.

**10. Отделение пластической хирургии может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.**

**А.М. Боровиков:** Может быть, а может, и нет. Сегодня курсантов выгоняют из операционной. Мол, «я оперирую звезду экрана» или «я делаю нечто сверхъестественное», и прочая чушь. Пункт 10 должен быть пожеланием, а приказом – учить.

**Н.О. Миланов:** Мало ли дряни вокруг... Вы же никого не выгоняете. Вот и давайте вместе стараться, чтобы дряни было меньше.

Резюме к замечаниям А.М. Боровикова. Никто не совершал революции. Просто к списку более чем 50 специальностей добавили еще одну. Добавили вовсе не законы, положения и прочее, а просто название специальности. Для формирования же этой нашей с вами специальности нужны годы и в первую очередь четкое понимание того, чего же мы хотим. Будет единение, будет и объект права.



# Замечания к проекту «О порядке оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»

А.Е. Белоусов

## 1 ВВЕДЕНИЕ

Проект «Порядка...» направлен на создание государственной системы оказания помощи населению по специальности «пластическая хирургия». То есть на открытие отделений пластической хирургии на базе государственных медучреждений, либо введение института пластических хирургов в штат крупных хирургических стационаров. И то, и другое, безусловно, целесообразно в своей сущности, которую и «регулирует» данный документ.

Цель «Порядка...» – организационно оформить работу специалистов по пластической хирургии и облегчить им (и всей этой области хирургии) занять свое место в системе оказания хирургической помощи населению России. Это – очень трудная задача, так как границы между хирургическими специальностями объективно размыты, а пластические хирурги должны претендовать на самые сложные (!) разделы травматологии и ортопедии, общей хирургии, онкологии и т.д.

Значительно проще выглядит лишь вопрос о косметической (эстетической) хирургии, которая является явным и экономически самым привлекательным разделом пластической хирургии (для специалистов данного профиля). Где и на какой основе этот раздел должен существовать и развиваться: везде (то есть и в государственных учреждениях) или только в частных клиниках, за счет средств пациентов или за счет бюджетного финансирования?

В контексте проекта «Порядка...» этот вопрос является ключевым. От того, как он будет изложен в рассматриваемом документе, зависит будущее государственной пластической хирургии (то есть той ее части, которая получит право на государственное финансирование), а также здоровье немалой части наших соотечественников.

### Постановка задач

Планируя реформу в области ПХ в государственном масштабе, логично ориентироваться на ее очевидные проблемы, актуальные для населения России. К ним, с моей точки зрения, относятся:

1. Явное недофинансирование специалистов ПХ, владеющих высокотехнологичными (самыми слож-

ными и эффективными) методами, в том числе с использованием микрохирургической техники.

Отсюда их отсутствие или недостаточное количество в крупных медучреждениях самого разного профиля (при быстром росте числа природных и техногенных катастроф их должно быть много больше). Относительно малое (в масштабах государства) количество и нередко невысокое качество выполняемых операций (при ориентации на уровень высокоразвитых стран).

2. Резкий перекося всей отечественной ПХ в сторону косметической хирургии (КХ), которую практикуют практически везде: «левым» или «полуправным» образом в медицинских госучреждениях и на законных основаниях – в частных клиниках.

3. Низкое качество работы определенной части эстетических хирургов, что проявляется грубыми ошибками и развитием осложнений после выполнения косметических операций.

4. Отсутствие у хирургов других специальностей четких представлений о реальных возможностях и месте ПХ в медицине. Ошибочная ассоциация ПХ только с ее косметическим разделом с выраженным (по экономическим соображениям) стремлением работать в этой области.

При этом для немалой части «непластических» хирургов характерна низкая культура выполнения важных этапов хирургических операций (в частности, закрытия ран). Отсюда и грубейшие послеоперационные рубцы из-за убогой техники наложения швов, и чудовищные ошибки при попытках некомпетентного выполнения пластических операций с плачевными результатами. Однако нельзя забывать главное. Хирурги других специальностей являются:

- источником кандидатов в пластические хирурги (после определенной по продолжительности работы в хирургии);
- поставщиками пациентов для пластических хирургов (когда личных возможностей недостаточно для решения конкретных хирургических проблем);
- авторами ятрогенных осложнений (при попытках некомпетентного выполнения операций, в том числе и пластического характера);
- претендентами на выполнение пластических операций эстетического характера (например, офтальмологи – на пластику век, ЛОР-хирурги – на ринопластику, челюстно-лицевые хирурги – на омоложение лица и пр.).

В зависимости от содержания обсуждаемого «Порядка...» эти хирурги могут быть ориентированы в двух принципиально разных направлениях своего развития (в рамках государственных отделений ПХ): а) на зарабатывание денег в КХ за счет государства (в той или иной степени); б) на эффективное решение проблем пациентов с тяжелыми повреждениями и заболеваниями с их возвращением к нормальной жизни в качестве полноправных членов общества (а не инвалидов); в) на совершенствование своих хирургических возможностей до самого высокого уровня с адекватным (!) ростом личных доходов, уважения в своей профессиональной среде и в обществе (при наличии возможности легально дополнительно зарабатывать в эстетической хирургии, но уже в частном секторе).

## 2 ЧТО РЕГУЛИРУЕТ РАБОТУ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ?

Для того, чтобы оценить проект документа с профессиональной точки зрения, нужно помнить также как минимум о 4 основных вопросах, которые в принципе «регулируют» работу хирургов любой специальности, но волнуют сейчас прежде всего тех, кто причастен к пластической хирургии.

1. Чем и где могут и должны заниматься государственные пластические хирурги? (В том числе и вопрос о разграничении «зон ответственности» между ПХ и смежными специальностями.)

2. Вопрос о формальной организации работы (как должны быть организованы государственные отделения ПХ?). А это зависит от того, на какую деятельность они будут ориентированы.

3. Что изменится в вопросах обучения и сертификации государственных пластических хирургов?

4. Из каких источников и с какими приоритетами будет финансироваться работа государственных отделений ПХ и работающих в этой области специалистов?

Как предлагаемый проект «Порядка...» отвечает на эти вопросы?

1. Вопрос о том, чем должны заниматься «государственные пластические хирурги» в государственных отделениях ПХ, – основной. И именно от него зависят и организация работы и то, на что будут истрачены государственные деньги (в том числе и на цели обучения).

1.1. Совершенно очевидно, что современная ПХ имеет две «крайние ветви»: а) высокотехнологичную сложнейшую реконструктивную (микро-) хирургию и б) косметическую хирургию. Но «крайними» они являются не столько по хирургической технике, сколько по своей природе и, следовательно, по источникам финансирования.

1.2. Развитие первой (высокотехнологичной и дорогой) невозможно без адекватного государственного финансирования. Поскольку нуждающиеся в ней пациенты заплатить за нее не смогут. И именно при достаточном финансировании эта часть ПХ в нашей стране могла бы быть развита в значительно большей степени. Это то, в чем реально нуждаются многие тяжело пострадавшие и во время военных конфликтов, и в ходе «войны» на дорогах России и в техногенных (природных) катастрофах и пр.

1.3. За косметические операции платит пациент, и эта часть ПХ бурно прогрессирует во всех высоко развитых странах. Естественно, без (!) государственного финансирования.

С моей точки зрения, в «Порядке...» красной нитью должен проходить тезис о приоритетности (для государственных отделений ПХ) именно сложных высокотехнологичных операций. При том, что вопрос о разделении работы с коллегами по цеху будет, конечно, решаться на местах. При таком подходе государственные пластические хирурги, конечно, тоже смогут выполнять «чисто эстетические» операции. Только уже в частных клиниках. И если в «Порядке...» это не будет четко сформулировано, то коммерческая (косметическая) хирургия будет уже на законных основаниях доминировать в работе государственных отделений ПХ. И стимулов заниматься сложной и социально важной хирургией у хирургов, конечно же, не будет. За все это заплатит государство дважды: а) деньгами всех налогоплательщиков и б) недовосстановленным здоровьем многих из них.

2. Вопрос о формальной организации работы государственных отделений ПХ вытекает из приоритетных целей, которые должны быть сформулированы в «Порядке...» (см. п. 1). И это – развитие и широкое применение высокотехнологичных методов современной ПХ (включая и микрохиргию). Однако в проекте не хватает конкретных указаний на то, чего делать нельзя. В частности, в соответствующих пунктах документа необходимо подчеркнуть, что во всех вопросах (в том числе, например, в приобретении оборудования) приоритет должен отдаваться все той же высокотехнологичной хирургии. То есть на бюджетные деньги нужно покупать операционные микроскопы и шовный материал, а не косметические лазеры и оборудование для косметической реабилитации.

3. Вопрос о том, что изменится в обучении специалистов ПХ «прописан» в проекте «Порядка...» нечетко и недостаточно. Предложение об обучении будущих «государственных» пластических хирургов за государственный счет логично, но тематическое обучение исключительно по «эстетической хирургии» в этот подход также не вписывается (речь не идет об обязательных «косметических»

разделах образовательных программ по ПХ). В противном случае получится так, что за государственный счет государственные пластические хирурги будут обучаться коммерческой хирургии, выполняя операции этого типа в частных клиниках. Ясно, что при таком подходе высокотехнологичные операции по-прежнему останутся уделом одиночек-энтузиастов.

4. В разделе о финансировании государственных отделений ПХ и работающих в этой области специалистов в проекте «Порядка...» отсутствует главное – определение приоритетности того, чем должна заниматься «государственная» ПХ. А это – высокотехнологичные операции, связанные с пересадкой комплексов тканей, использованием микрохирургической техники и др. Именно на это и должно быть направлено любое (в том числе бюджетное) финансирование. Если это не будет декларировано в будущем «Порядке...», то будущие государственные отделения ПХ получат карт-бланш на активную работу в зоне эстетической хирургии в ущерб всему остальному.

5. Как предлагаемый проект «Порядка...» может повлиять на решение существующих проблем ПХ?

1. Если «Порядок...» не претерпит существенных изменений, то высокотехнологичные области ПХ по-прежнему останутся в загоне. Зато КХ будет окончательно узаконена на государственных площадях и начнет конкурировать с частными клиниками уже с поглощением государственных средств. В то время как во всем мире косметическая хирургия – это зона исключительно частного сектора.

2. Перекос отечественной ПХ в сторону хирургии эстетической только усилится.

3. Качество выполнения пластических операций в области КХ может успешно контролироваться только при комплексном подходе. Отмечу лишь два его главных условия: а) целенаправленный контроль рынка косметических услуг со стороны региональных (!) общественных (некоммерческих) организаций и б) снижение уровня коррупции в стране. Эти вопросы не имеют прямого отношения к обсуждаемому проекту «Порядка...» и будут рассмотрены в других публикациях (в том числе и в СМИ).

4. Хирурги других специальностей вместо того, чтобы сотрудничать с пластическими хирургами, вероятно, будут следовать их примеру в «освоении» государственных денег в своих личных интересах. Пациенты от этого точно не выиграют.

отделений ПХ, где «государственные пластические хирурги» будут заниматься преимущественно все той же КХ. При этом, овладевая ее основами за тот же государственный счет. Качество выполнения эстетических операций при этом не только не возрастет (а с чего ему возрастет?), но, весьма вероятно, даже ухудшится. Так как госучреждению справиться с контролирующими инстанциями и недовольными пациентами и легче и дешевле, чем частным клиникам. Поэтому и стремиться к этому качеству можно не спеша и не напрягаясь.

2. Больше всего выиграют от такого подхода те госучреждения, где уже (!) преподают ЭХ и уже (!) выполняют косметические операции, так как им не придется платить ни за образование, ни за оборудование, ни за аренду, ни за контроль. При наличии всех возможностей отрезать от госпирага.

3. Пациенты (в области ЭХ) от этого ничего не выиграют. А вот проиграть могут. Так как будут вынуждены обращаться в госучреждения, где (как и сейчас) будет двойная (если не тройная) оплата за лечение при очевидной неперспективности попыток борьбы за свои права при неудачно выполненной операции. Хотя, конечно, в максимальной степени при этом пострадают интересы больных, нуждающихся в выполнении высокотехнологичных дорогостоящих хирургических вмешательств.

В целом, государственные интересы (интересы жителей России) в данном документе разглядеть не просто. Хотелось бы, чтобы данное обсуждение эту ситуацию изменило. В любом случае, у нас еще есть время и возможности назвать вещи своими именами.

## 3 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Есть все основания полагать, что результатом «регулирования вопросов ПХ» на основе предлагаемого «Порядка...», будет создание за бюджетные деньги

## «Заметки на полях шляпы...»

**К.П. Пшениснов**

**К**ак бы государство ни пыталось регулировать услуги косметологов и эстетических пластических хирургов, ему никогда не удастся загнать творческую работу этих специалистов в жесткие рамки государственных отделений. Нет таких отделений у стоматологов, не будет и у пластических хирургов. Как не ходят мало-мальски состоятельные пациенты в стоматологические поликлиники, так и не пойдут для выполнения эстетических операций в отделения общей пластической хирургии.

Вообще отделения больниц, особенно клинических, сейчас совсем не те, что были до развала Союза. Кафедральных сотрудников всячески оттесняют от практической работы. Нет врачей, ведущих палаты. У каждого пациента свои врачи, те, кто их оперировал по экстренным или срочным показаниям, они же их наблюдают и дальше. В основе взаимоотношений не нормативы, а прямая материальная заинтересованность. Поэтому на данном этапе экономического и социально-политического устройства страны целесообразным представляется формировать не штатные 25-коечные отделения, а службы пластической хирургии, четко определяя сферу деятельности разных специалистов. Для этого нужно кодировать диагнозы и операции, а затем определять, кто их должен выполнять для страхового покрытия.

Двадцать три года назад был сделан значительный организационный прорыв – в 40 городах СССР были созданы отделения микрохирургии. Но там, где прогрессивный микрохирургический метод не был ассоциирован с конкретной областью медицины (травма кисти, онкология), заполняемость таких отделений «профильными» пациентами была низкой и в них действительно размещали пациентов с грыжами, заболеваниями вен и косметическими проблемами. Этого и боятся участники дискуссии. Кстати, также не стало и кафедры микрохирургии МАПО.

Одиннадцать лет назад мы радовались, что появилась законная возможность создавать отделения реконструктивно-восстановительной пластической хирургии. Тогда никому и в голову не приходило, что там экстренно могут подтягивать кожу лица и корректировать оттопыренные уши. Вроде бы простое решение – если оставить именно такое название отделений, то «так корабль и поплывет», не будет подмен понятий. Не знаю, что этому мешает.

Если предположить, что косметические операции удастся «затолкать» в план работы новых отделений

пластической хирургии, то страховые компании никогда не станут тратить бюджетные средства из фонда обязательного медицинского страхования на эту категорию пациентов.

И последнее. Обсуждаемый документ написан казенным языком. Но у него, конечно, есть авторы, которые, оставаясь анонимными, обнаруживают свою приверженность прежде всего челюстно-лицевой хирургии, вводя штатные ставки своим коллегам-стоматологам и зубным техникам в отделение пластической хирургии, а также причастность к академическим институтам – через «Порядок ...» принуждая подготовленных по всем разделам пластических хирургов дополнительно получать документы о тематических усовершенствованиях по частным вопросам эстетической хирургии.

**А.М. Боровиков:** Как видно, обсуждение «Порядка» привело к тому, что каждый участник обозначил болевые точки пластической хирургии. Мы предлагаем другим специалистам присоединиться к обсуждению и высказать свою точку зрения.